FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — THÈSE N° — 273

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 11 Avril 1905, à 1 heure.

PAR

Georges MAUXION

Ancien Externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉPITHÉLIOMA DE LA VULVE

Président : M. POZZI, *professeur*

Juges : MM. GUYON, *professeur*
BERGER, *professeur*
SCHWARTZ, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, Rue Racine, 15

1905

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — **THÈSE** N° — 273

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 11 Avril 1905, à 1 heure.

PAR

Georges MAUXION
Ancien Externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA DE LA VULVE

Président : M. POZZI, *professeur*
Juges : MM. GUYON, *professeur*
BERGER, *professeur*
SCHWARTZ, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, rue Racine, 15

1905

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de Clinique gynécologique
Chirurgien de l'hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JAYLE

Ancien Chef de Clinique gynécologique
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Epithélioma de la Vulve

INTRODUCTION

Au moment de terminer les heureuses mais trop courtes années d'études et de quitter tant de maîtres si bienveillants, c'est pour nous un devoir de leur exprimer nos sentiments de profonde gratitude.

Que M. le professeur agrégé Tuffier et M. le Dr Petit, qui chacun pendant un semestre nous ouvrirent largement leurs services durant notre première année de médecine, nous permettent de leur adresser nos plus sincères remerciements.

M. le professeur agrégé Chauffard, chez lequel nous fûmes stagiaire, a droit à toute notre reconnaissance, autant par sa façon d'inculquer l'amour de la médecine que par son savant enseignement clinique.

Nous sommes heureux de pouvoir ici remercier publiquement et du plus profond du cœur tous ceux qui voulurent bien nous accueillir comme externe dans leurs services :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR BARTH

Médecin de l'hôpital Necker

M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

M. LE DOCTEUR LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARDIÈRE

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

M. le Dr Jayle, ancien Chef de Clinique gynécologique à l'hôpital Broca, nous a toujours aidé de sa science et de ses conseils et nous a indiqué le sujet de ce travail : nous n'oublierons jamais tout ce que nous lui devons.

Notre camarade Nandrot, interne des Hôpitaux, a eu l'amabilité de mettre à notre disposition ses

connaissances étendues de la langue et de la littérature allemandes. C'est grâce à lui qu'il nous a été possible de faire figurer ici un certain nombre d'observations intéressantes. Nous l'en remercions de grand cœur.

Que notre maître, M. le professeur Pozzi, soit assuré de notre extrême reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Les tumeurs malignes de la vulve sont une affection d'une rareté relative, mais cette rareté même a conduit la plupart des observateurs à publier les cas rencontrés par eux, en sorte qu'il existe dans les publications de ces vingt dernières années un nombre considérable d'observations de ce genre, isolées ou réunies en des thèses multiples, françaises ou étrangères.

A cette masse de documents, nous venons ajouter quelques observations inédites dont l'une de M. Jayle, les deux autres recueillies par nos camarades Nandrot et Péchard dans les services de MM. Rochard et Lucas-Championnière, et à ce propos nous avons essayé de réunir les faits les plus intéressants parmi l'abondante moisson antérieure à nous, de préciser quelques points laissés un peu de côté par les auteurs, d'autant plus que les efforts mutuellement tentés de toutes parts avec une émulation nouvelle pour obtenir la guérison des cancers font de toutes les questions qui les touchent une actualité.

C'est à une date assez récente, en somme, que l'on trouve dans la littérature médicale une description des cancers vulvaires distingués et individualisés en une entité clinique, et ce sont les tumeurs vulvaires

à point de départ uréthral qui, en 1751, ont attiré pour la première fois l'attention de Morgagni.

Cinq ans plus tard, en 1756, André reprend le même sujet, mais seulement encore à propos des maladies de l'urèthre et de leur propagation à la vessie.

Après lui, un long silence jusqu'en 1844. A cette date, paraissent les observations de Riberi.

Lahaye, dans sa thèse (Paris 1888), rapporte les observations de Jarjavay (1852), de Melchiori (1869), où pour la première fois on trouve un examen microscopique de la tumeur et une discussion sur les procédés opératoires.

C'est à partir de 1885 avec le mémoire de Zweifel que se multiplient les observations et seulement alors qu'elles prennent un véritable intérêt, car elles vont s'accompagner désormais systématiquement, au moins pour les premières d'entre elles, d'un examen histologique de la tumeur qui va permettre de fixer véritablement le diagnostic, de différencier les différentes formes anatomo-pathologiques qui correspondent à des types différents d'évolution clinique. En outre la thérapeutique chirurgicale des cancers se précise ; on poursuit de plus en plus systématiquement les ganglions lymphatiques, alors même que macroscopiquement ils ne semblent pas envahis et par suite on peut enregistrer des succès opératoires de plus longue durée. En 1886, une observation de Terrillon et en 1887 l'important mémoire de Taylor apportent une contribution très importante à l'étude des tumeurs vulvaires en décrivant les tumeurs pigmentaires, les

sarcomes mélaniques de cette région. Les thèses de Bex, de Lahaye, de Dauriac, de Soulier montrent des points de détail, des modes de début divers et surtout réunissent des faits épars.

Enfin en 1890, la première édition du *Traité de Gynécologie* du professeur S. Pozzi fixe en un article d'ensemble la symptomatologie et le diagnostic des cancers vulvaires, résume l'état des connaissances anatomo-pathologiques à leur sujet et trace d'après les données de la chirurgie contemporaine les indications opératoires et leur mode de traitement.

Depuis cette époque ont encore paru des thèses nombreuses : Sassy à Montpellier, Louradour à Bordeaux, Fileux à Paris et surtout des thèses allemandes : Schwarze, 1893, Franke, 1898 et enfin celle de Goldsmidt 1902 qui réunit la presque totalité des cas publiés jusqu'alors, 213 cas, sans compter les tumeurs mélaniques et les cancers primitifs de l'urèthre.

Mais la plupart des observations qui constituent cette immense compilation manquent trop souvent d'examen histologique, la partie clinique est hâtive, les comptes rendus opératoires sont incomplètement tracés et surtout les malades ne sont pas suivis, en sorte que de cette immense accumulation de faits il y a peu, somme toute, à conserver.

Par contre tout récemment ont été faites d'intéressantes publications au point de vue thérapeutique.

Du côté chirurgical, c'est l'*évidement lymphatique bilatéral et néoplasique en bloc pour les cancers du*

clitoris et du pénis préconisé par M. Mauclaire qui enlève ainsi non seulement la tumeur elle-même et les ganglions qui en dépendent, mais encore tous les tractus lymphatiques qui unissent ces deux foyers, d'une manière analogue à ce qui se fait pour les cancers du sein (*Tribune médicale*, sept.-oct. 1903).

Du côté médical et pour les cancers inopérables c'est l'application de la radiothérapie au traitement des cancers. Nous y reviendrons ultérieurement.

FRÉQUENCE

Tous les auteurs ont insisté sur la rareté des cancers de la vulve, rareté des épithéliomes et des carcinomes, rareté bien plus grande encore des sarcomes. Gürtl, cité par Pozzi, a noté 72 fois le cancer de la vulve sur 7.479 femmes atteintes de cancer, soit une proportion de un pour cent. En prenant comme terme de comparaison le cancer utérin, on admet donc un cancer vulvaire pour 35 à 40 cas de cancer utérin. Goldschmidt enfin, dans sa thèse de 1902, présente 213 cas d'épithélioma vulvaire comme la totalité des faits connus jusqu'à cette date, n'y comprenant pas, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, les épithéliomes primitifs de l'urèthre non plus que les tumeurs mélaniques.

Il faut tenir compte, il est vrai, de ce fait, que plus grande est la proportion des cas publiés à cause justement de la rareté plus grande de l'affection. Cependant un cas de cancer vulvaire pour 35 cas de cancer utérin ne constituerait pas encore une affection vraiment très rare, étant donné la fréquence véritablement effroyable de ces derniers qui remplissent les consultations hospitalières.

Si les néoplasmes malins de la région vulvaire restent néanmoins assez rares, en revanche, comme

le fait remarquer Taylor, il s'agit presque toujours de néoplasies primitives.

« Ce n'est qu'exceptionnellement qu'ils s'y présen-
« tent à titre de produits secondaires et plus rare-
« ment encore comme résultat de l'extension de haut
« en bas d'une néoplasie maligne du conduit génital
« interne. »

D'ailleurs, la restriction que nous avons faite au sujet de la rareté des cancers vulvaires ne s'applique pas aux seuls épithéliomes. Les carcinomes et les sarcomes restent extrêmement peu fréquents et toujours, d'après Taylor, le carcinome serait deux fois plus fréquent que le sarcome.

Les néoplasmes malins de la vulve se rencontrent comme la plupart des cancers en général chez les femmes âgées. D'après Schwarze le maximum de fréquence est entre 40 et 60 ans, et cet auteur cite, à titre de curiosité, un cancer de la vulve chez une femme de 31 ans, un autre chez une femme de 30.

Arnott cite un cas chez une fille de 20 ans. Priestley en a rapporté un chez une malade de 29 ans, et le professeur agrégé Launois a présenté à la Société anatomique un sarcome de la vulve provenant de l'autopsie d'une petite fille de cinq ans.

ÉTIOLOGIE

De la cause des cancers on ne sait que peu de chose; on a invoqué comme pour les autres tumeurs de même nature les traumatismes, les inflammations, les irritations de la région vulvaire sans pouvoir affirmer la nécessité de ces causes prédisposantes. Goldschmidt, en effet, rapporte dix cas environ chez des femmes vierges chez lesquelles on ne relève pas de traces d'un traumatisme externe ; un point cependant mérite de nous arrêter, ce sont les rapports du cancer de la vulve avec la leucoplasie vulvaire.

Mayer, Schwarze, le professeur Le Dentu ont vu d'une façon nette l'évolution d'un cancer sur une plaque leucoplasique. Dans d'autres cas moins probants on a vu des plaques leucoplasiques au pourtour de la néoplasie, il se passe à la vulve ce qui se produit au niveau de la langue et non seulement il faut considérer la leucoplasie vulvaire (dont on ignore la nature véritable) comme une cause prédisposante des tumeurs malignes, mais encore on doit se demander s'il ne faut pas considérer la dégénérescence épithéliomateuse comme un mode possible de transformation *in situ* des cellules épithéliales déjà hyperkératinisées comme dans les plaques leucoplasiques.

Ces données ne résolvent pas le problème que

nous avons posé, elles attendent de nouvelles preuves et en outre la cause de la leucoplasie est elle-même peu connue. Disons seulement que les lésions spécifiques antérieures ont été citées elles aussi par Hutchinson comme cause prédisposante du cancer vulvaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après le début de la lésion nous pouvons distinguer trois variétés d'épithéliomas de la vulve :

Le cancer du clitoris ;

Le cancer du méat uréthral ou cancer périuréthral ;

Le cancer des lèvres.

Dans l'immense majorité des cas c'est cette forme que l'on rencontre et presque toujours le début se fait au niveau de la partie interne d'une des grandes lèvres dans le sillon vertical qui la sépare de la face externe de la petite lèvre correspondante.

Sur 23 observations de Schwarze, nous voyons que le début s'est fait :

9 fois au niveau de la grande lèvre droite,
3 — grande lèvre gauche,
7 — des petites lèvres,
2 — du clitoris,
2 — de la commissure.

Le cancer à point de départ périuréthral y reste longtemps localisé. Il existe une variété du cancer périuréthral et une variété de cancer vestibulaire. Le cancer primitif de la glande de Bartholin existe mais exceptionnellement. La néoplasie siège dans ce cas dans le tiers inférieur de la grande lèvre, très

profondément, il s'étendra ensuite progressivement vers la superficie, nous n'insisterons pas davantage pour l'instant sur les caractères macroscopiques de ces tumeurs, nous retrouverons ces éléments au moment du diagnostic.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue de l'histologie pathologique, nous laisserons entièrement de côté les tumeurs d'origine conjonctive, les sarcomes d'ailleurs fort rares, et nous nous occuperons uniquement des épithéliomas qui seuls rentrent dans le cadre de ce travail.

Une certaine confusion a été apportée dans l'étude de ces tumeurs par l'invasion de la terminologie des Allemands, et comme le font remarquer Cornil et Ranvier :

« Les épithéliomas sont aussi désignés par eux
« sous le nom de cancroïdes, de cancers épithéliaux
« et même de carcinomes épithéliaux. Ce dernier
« mot établissant une confusion regrettable.

« Les polyadénomes et les tumeurs hétéroadéni-
« ques de certains auteurs français ne sont autre
« chose que certaines variétés d'épithéliomes. »

Tous ces épithéliomes sont pavimenteux, lobulés. Quant à l'épithélium cylindrique on l'a rencontré lui aussi dans des cas qui semblent indéniables mais qui doivent être rapportés aux cas à début dans la glande de Bartholin ; ils sont différenciés par l'existence constante de tissu glandulaire non encore modifié au milieu du tissu néoplasique (Goldsmidt).

Schwarze distingue au niveau de la vulve trois sortes d'épithéliomes :

1° Cancroïdes, les plus fréquents de beaucoup ;

2° Médullo-carcinomes, c'est-à-dire encéphaloïdes ;

3° Squirrhes.

Mais avec Goldsmidt il nous semble plus naturel de distinguer des cancers superficiels et des cancers infiltrés entre lesquels existent tous les intermédiaires.

Le cancer superficiel ne dépasse pas le chorion et n'a qu'une faible tendance à envahir les ganglions inguinaux. Contrairement à la forme infiltrée et parmi ces derniers, ceux qui siègent à la partie antérieure des organes génitaux ont une plus grande tendance que ceux qui proviennent des parties postérieures à gagner progressivement en profondeur.

Les cancers périuréthraux ou mieux vulvo-uréthraux se distinguent nettement des autres par la tendance qu'ils ont à envahir la vessie.

Contrairement au sarcome et en particulier au sarcome mélanique, l'épithélioma de la vulve ne se généralise pour ainsi dire pas. Selon Goldsmidt, il n'y aurait qu'un seul cas indiscutable de généralisation (cas de Mayer) en revanche on peut constater fréquemment le développement de multiples bourgeons cancéreux de voisinage avec intervalles de discontinuité.

Le cancer de la vulve peut également s'implanter par contact. Strausmann en rapporte une observation dans la thèse de Goldsmidt mais presque toujours il se propage par voie lymphatique.

Enfin, on a rapporté quelques observations de carcinomes mélaniques de la vulve, présentant de si grandes analogies avec le sarcome de même nom qu'il n'en peut être différencié que par l'examen histologique. Dans un cas de ce genre examiné dernièrement dans le laboratoire du professeur Pozzi, on fut assez étonné de trouver à la fois les caractères de plusieurs variétés de tumeurs. Il s'agissait d'un néoplasme extirpé par M. Mauclaire chez une femme âgée, et ce fait n'est sans doute pas isolé, car au niveau de la vulve comme au niveau de certaines autres régions de l'organisme on peut trouver des tumeurs mixtes.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le cancer de la vulve a une symptomatologie fonctionnelle peu riche dont on retrouve les principaux traits à la lecture de presque toutes les observations, Survenant à un âge avancé, comme tous les cancers en général, il s'annonce le plus souvent par du *prurit vulvaire,* augmentant progressivement, devenant intolérable, pouvant constituer à lui seul le tableau clinique pendant quelque temps, avant l'apparition des autres symptômes.

Ce prurit pousse les malades à se gratter et c'est souvent en se grattant qu'elles déterminent une hémorrhagie peu abondante qui les décide à venir consulter.

Dans d'autres cas l'attention des malades est attirée par une douleur siégeant dans la région vulvaire, exagérée par la marche, la fatigue, les rapports sexuels et surtout la miction. Ce symptôme est constant dès le début dans les cancers de l'urèthre.

Enfin, dans certains cas, l'épithélioma vulvaire peut évoluer pendant très longtemps sans déterminer aucun trouble. Il ne sera découvert et diagnostiqué qu'à l'occasion d'un examen fortuit.

Au bout d'un certain temps, l'ulcération se constitue, les symptômes deviennent plus bruyants. C'est un suintement permanent d'un liquide à peine rosé, peu abondant, peu fétide et s'écoulant sur la face externe des cuisses où il détermine des excoriations. Les douleurs sont surtout des douleurs provoquées. Les douleurs spontanées n'apparaissent qu'à une période tardive. Des hémorrhagies déterminées par le moindre contact surviennent souvent même spontanément. C'est enfin de la dysurie ou de la rétention d'urine.

A l'examen de la malade, *avant l'ulcération*, on voit seulement une petite saillie, un bouton à base plus ou moins large, en général induré et toujours plus étendue qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

La mobilité existe parfois sur les plans profonds dans une certaine mesure et un peu dans tous les sens, mais toujours dès le début la muqueuse adhère à la tumeur et lui donne une coloration livide ou rouge vif.

Le diagnostic à cette période est quelquefois assez délicat, mais il y a peu d'affections qui peuvent similer un épithélioma au début.

Les tumeurs vasculaires n'ont pas la consistance du cancer ; tendues, rénitentes, elles deviennent turpides au moment des règles ou sous l'action d'un effort brusque ou prolongé, de la marche, de la station debout. Le lacis veineux de la muqueuse uréthrale peut s'étendre jusqu'au col de la vessie don-

nant au doigt la résistance d'un cylindre spongieux.

Ces tumeurs solides, bénignes, des grandes lèvres, sont recouvertes par une peau saine et sont mobiles sur elles et sur les plans profonds.

Les végétations vulvaires, même quand elles forment des amas fissurés avec retentissement ganglionnaire, se reconnaissent à leur multiplicité, à leur tendance à se pédiculiser ; de plus elles sont molles, flexibles et ne présentent jamais l'induration du cancer.

A la *période d'ulcération* les signes physiques de l'épithélioma de la vulve ont changé, le diagnostic en est facile, mais comme l'aspect clinique est différent suivant le siège de la néoplasie, nous décrirons successivement : le cancer du clitoris, le cancer du méat uréthral, le cancer des lèvres.

1o *Cancer du clitoris.*

S'il a débuté au niveau du clitoris on voit au milieu de la région clitoridienne un champignon volumineux, fongueux, ulcéré, c'est le clitoris considérablement hypertrophié, saillant au milieu d'une zone d'infiltration dure qui très rapidement gagne les petites lèvres, puis les ganglions inguinaux. Cette infiltration cancéreuse de voisinage et cet envahissement rapide des ganglions permettront de distinguer cette ulcération épithéliale des ulcérations banales survenant facilement à la suite du coït sur les

tumeurs bénignes du clitoris, même quand elles sont de petit volume.

2° *Cancer du méat uréthral.*

Le cancer qui débute au niveau du méat urinaire, variété un peu plus fréquente, est une forme particulièrement intéressante au point de vue du diagnostic précoce.

En effet, la lésion peut être minime, car elle détermine vite des troubles fonctionnels dont le malade s'inquiète, la miction est douloureuse, le coït intolérable.

Après avoir écarté les petites lèvres, on voit au niveau de l'orifice uréthral, tantôt à sa partie inférieure, plus souvent tout autour de lui, une tumeur du volume d'un pois, d'une noisette, d'une noix. Cette tumeur ordinairement rouge, parfois brunâtre, rugueuse, présente en son centre une ulcération ; c'est une ulcération irrégulière, à bords durs, déchiquetés, tantôt recouverte de pus gris jaunâtre, tantôt noirâtre et gangrenée. Elle empiète toujours sur la lumière de l'urèthre dont l'orifice se trouve ainsi élargi. Si l'on palpe cette ulcération, on la sent dure, elle saigne facilement et est très douloureuse au moindre contact.

Le toucher vaginal, combiné au cathétérisme de l'urèthre, permet de constater une infiltration dure, plus ou moins étendue de la paroi inférieure de l'urèthre et de la paroi antérieure du vagin. Cette

double exploration permet d'affirmer le diagnostic d'une lésion en apparence banale.

Il ne faut pas compter sur l'engorgement ganglionnaire qui manque très souvent à cette période et le plus souvent apparaît tardivement.

A ce moment la tumeur a progressé ; elle est recouverte de végétations en choux-fleurs au milieu desquelles on trouve une ulcération plus creuse et plus étendue. L'urèthre est souvent détruit jusqu'au tégument sous-pubien. L'extension aux petites lèvres, au clitoris, au vagin et à la vessie, peut s'observer.

L'évolution du cancer de l'urèthre passe, en effet, par trois phases :

a) Dans une première période sa limite postérieure ne s'étend pas à plus de 10 à 12 millimètres du méat ;

b) Dans une deuxième il gagne l'aponévrose périnéale moyenne et le col de la vessie ;

c) Dans une troisième la vessie, la symphyse et les branches descendantes du pubis sont envahies par le processus néoplasique (Winckel).

Dans ces deux dernières périodes, en outre des signes énumérés plus haut, on trouve le périnée et la vulve irrités par la sécrétion fétide de la tumeur recouverts d'excoriations rouges et gonflées.

Notons que cette forme d'épithélioma est particulièrement grave en raison de la rétention d'urine, de l'infection vésicale et de la pyélonéphrite.

C'est au début seulement qu'on pourrait méconnaître un cancer périuréthral, et c'est surtout avec

le chancre syphilitique du méat que se pose le diagnostic parfois difficile.

Le chancre a, en effet, deux caractères particuliers : il s'accompagne d'une forte induration, irrité constamment par le passage de l'urine, il ne se cicatrise que lentement, il tend à persister et est enclin au phagédénisme.

En présence d'un méat boursouflé, déformé, béant, rouge, saignant à la pression et offrant au toucher une ulcération circonscrite des plus accentuées, on pense aussitôt à un épithéliome.

Une simple inspection de la vulve donne déjà un renseignement précieux : existe-t-il un œdème dur, circonscrit à la région clitoridienne et souvent à la partie supérieure des deux petites lèvres, il s'agit très certainement d'un chancre. Un tel œdème n'existe pas dans le cancer au début.

L'induration du chancre, si prononcée qu'elle soit, n'est pas comparable à celle du cancer, elle peut être cartilagineuse mais non ligneuse. Le chancre peut saigner, parfois aussi facilement que le cancer, mais l'écoulement sanguin est beaucoup moins abondant, se tarit de lui-même très rapidement.

Enfin l'existence dans le pli de l'aine de la pléiade ganglionnaire typique est un signe capital ; l'adénopathie le plus souvent tardive du cancer ne peut la simuler. La roséole et les autres accidents secondaires qui apparaîtront à l'échéance normale viendront confirmer les résultats de l'examen objectif, le plus souvent suffisants pour faire le diagnostic.

III. — *Cancèr des lèvres.*

Dans sa forme habituelle le cancer primitif des lèvres débute par le sillon nympho-labial.

Il a pu rester latent pendant quelquefois très longtemps : deux, trois et même quatre ans dans certaines observations de Schwarze.

Un prurit violent, des douleurs légères provoquées par des frottements, plus rarement un écoulement fétide ont attiré l'attention d'une femme peu soucieuse des soins hygiéniques habituels, et c'est ainsi que malgré cette situation en un point accessible aux investigations de la malade, il n'est pas rare de constater, dès le premier examen, une ulcération cancéreuse existant depuis plusieurs mois déjà.

L'un des côtés de la vulve est augmenté de volume, la peau est épaissie, ridée, rugueuse comme la peau d'orange, les poils sont en voie de disparition.

Si l'on écarte la grande lèvre de celle du côté opposé, on voit que cette hypertrophie est due à l'infiltration d'une des moitiés de la vulve par une tumeur à surface irrégulière et bosselée qui a envahi grandes et petites lèvres. Cette tumeur recouverte, sur la plus grande partie de son étendue, d'une muqueuse lisse, rouge vif, présente, soit au centre, soit plutôt au niveau de l'une de ses extrémités une ulcération. L'ulcération est plus ou moins étendue et plus ou moins profonde.

Tantôt l'ulcération cancéreuse assez étendue en

profondeur n'a envahi qu'une portion limitée de la surface vulvaire. L'ulcération peu large est relativement profonde. C'est la forme ulcéreuse la plus commune.

Parfois l'infiltration occupe presque toute la moitié de la vulve; l'ulcération plus étendue est plus superficielle, c'est la forme infiltrée. Mais dans les deux cas les caractères de l'ulcération cancéreuse sont les mêmes. C'est une ulcération tantôt circulaire, tantôt irrégulière de couleur rouge, violacée, grisâtre, avec un pointillé hémorrhagique.

Les bords saillants, inégaux, rugueux, parfois recouverts de croûtes, parsemés de bourgeons exubérants, sont taillés à pic ou renversés en dehors, nettement arrêtés du côté de la peau, ils sont moins nets du côté de l'orifice vulvo-vaginal sur lequel ils peuvent empiéter. Le fond, plus ou moins tomenteux ou même anfractueux, laisse couler souvent avec abondance un liquide sanieux sanguinolent et puriforme d'odeur infecte. Les parties voisines, et jusqu'à la racine des cuisses irritées par le contact de ce liquide, sont rouges et couvertes d'excoriations.

Au palper on constate non seulement au niveau de l'ulcération, mais aussi au niveau de la tumeur dans laquelle elle est creusée, une dureté ligneuse toute spéciale. L'ulcération saigne au moindre contact.

Tantôt les ganglions inguinaux ont leur volume et leur consistance normale, mais le plus souvent ils sont hypertrophiés, soit du côté de l'ulcération, soit des deux côtés : Parfois on a les signes d'une adéno-

pathie inflammatoire cancéreuse, et la présence de ces ganglions, gros, durs comme du bois, indolents, qui roulent sous le doigt, ont une importance considérable pour affirmer le diagnostic.

Parfois une légère pâleur, un peu d'amaigrissement, viendront montrer l'atteinte de l'état général peu marquée à ce moment.

A côté de ces formes rongeantes, relativement lentes, il en est d'autres à marche plus rapide, à tendance proliférante ; du fond de l'ulcération souvent très étendue émergent de gros bourgeons charnus largement pédiculés, de forme et de dimensions variables, de couleur rose sale ou jaunâtre, assez mous, suintant et saignant abondamment.

Le diagnostic du cancer des lèvres est généralement facile. On pourrait le confondre avec le chancre induré, les syphilides papulo-érosives hypertrophiques et même le chancre simple. D'après Labadie-Lagrave et Legueu ces cas sont évidemment exceptionnels, ce n'est guère qu'avec le chancre phagédénique que la confusion est excusable, il suffit d'interroger le malade pour l'éviter. Ce chancre phagédénique détruit en quelques semaines ce que le cancer ne peut détruire qu'en quelques mois.

Si le cancer a évolué longtemps, s'il a récidivé après une extirpation incomplète, aucun doute n'est possible : En divers points de la vulve tuméfiée dans toute son étendue, rouge et glabre, on voit plusieurs tumeurs pouvantatteindre le volume du poing, tou-

tes ulcérées et végétantes, saignantes, couvertes de pus fétide.

Les ganglions inguinaux adhérents de toutes parts font saillie sous la peau violacée et amincie. Cette tumeur ganglionnaire peut s'ulcérer.

Des douleurs vives, un amaigrissement considérable, une pâleur très grande, annoncent une mort prochaine.

A côté de ces formes typiques du cancer vulvaire, il existe certains cas d'épithéliomas qui ont une marche extrêmement lente durant des années, ont peu de tendance à envahir les parties voisines, ne retentissent sur les ganglions qu'à très longue échéance, et, tels les cancroïdes du visage, laissent indemnes, au moins pendant longtemps, les fonctions générales de l'organisme, il y en a même qui peuvent envahir les parties voisines, mais tout en restant superficiels et qui peuvent en certains points se cicatriser complètement (comme l'a montré un cas rapporté par Cornil), ces cas exceptionnels d'ailleurs ne sont pas diagnostiqués d'une façon nette et plus souvent on les rassemble avec certaines formes bizarres de tuberculose vulvaire et de phagédénisme syphilitique tertiaire sous le nom d'esthiomène de la vulve.

Nous venons de différencier l'épithélioma de la vulve soit des tumeurs malignes, soit de la tuberculose et de la syphilis. Il nous faut maintenant donner les signes distinctifs entre cet épithélioma et les autres tumeurs malignes de la vulve. Ces tumeurs

sont des sarcomes qui peuvent se présenter sous deux aspects :

Le sarcome banal ;

Le sarcome mélanique.

Dans le *sarcome* il existe en général plusieurs tumeurs nettement étalées, de volume très inégal, ces tumeurs arrivent à acquérir un plus grand développement que l'épithélioma. Elles atteignent souvent le volume d'un œuf ou même d'une tête de fœtus, elles sont arrondies, bosselées, parfois kystiques, s'ulcèrent tardivement et lorsqu'elles sont ulcérées on constate que les bords de l'ulcération légèrement décollés laissent passer les masses sarcomateuses, mais ne sont pas eux-mêmes envahis par le processus néoplasique. Enfin dans le cours de leur évolution, elles provoquent au moins une fois et souvent plusieurs fois d'importantes hémorrhagies.

Le sarcome mélanique participe à ces caractères généraux des sarcomes, mais en outre, il présente certaines particularités que nous devons mettre en relief.

Il débute souvent sur un petit nœvus pigmentaire ; la période de transformation est longue et insidieuse.

Quand il est bien développé, il apparaît sous forme d'une tumeur bleuâtre, dont on devine le contour par transparence sous la muqueuse. Plus tard il s'ulcère et paraît implanté comme une truffe. La généralisation est très rapide.

Ainsi donc, le diagnostic entre les sarcomes et

les épithéliomes et carcinomes de la vulve sera facile, sauf dans le cas où il faudra différencier un sarcome mélanique d'un carcinome mélanique.

« Le carcinome mélanique a l'aspect général de « l'épithélioma ; il s'accompagne souvent de dépôts « pigmentaires tantôt considérables, tantôt petits, et « le nodule initial est bientôt suivi de l'apparition « de nodules dans son voisinage. Il a une tendance « à se développer surtout dans la profondeur des « tissus, tandis que le sarcome bourgeonne de pré- « férence vers la superficie » (Taylor. *Annales de gynécologie*, 1899).

Nous avons vu dans le chapitre de l'anatomie pathologique que l'on trouve parfois au niveau de la vulve des tumeurs assez complexes bien difficiles à classer dans telle ou telle variété anatomique. Ce fait n'a encore rien de bien surprenant car la région vulvaire n'est pas seulement constituée par une muqueuse, un revêtement cutané, de la graisse, du tissu conjonctif, des vaisseaux, mais c'est une région riche en glandes et ceci nous amène à dire un mot du cancer de la glande de Bartholin. Il est extrêmement rare, environ 10 observations dont 7 sont contenues dans la thèse de Goldsmidt. C'est un épithélioma cylindrique, il siège au début dans le tiers inférieur de la grande lèvre, il a une situation profonde et il est impossible de faire glisser la peau sur la tumeur.

Le diagnostic presque impossible au début ne

pourra se faire que par biopsie et examen histologique d'un fragment de la tumeur. Plus tard la lésion sera reconnue grâce à sa tendance à envahir les tissus voisins.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Abandonné à lui-même, l'épithélioma de la vulve aboutit à la mort : extension locale progressive, invasion ou réaction intense des ganglions lymphatiques voisins, ulcérations, infection secondaire et cachexie, tel est le cycle habituel de l'épithélioma.

Toutes les parties constituant la région vulvaire sont ou peuvent être envahies les unes après les autres ainsi que les régions voisines, telles que périnée ou pli génito-crural ; mais pendant très longtemps le vagin est respecté, de même que les néoplasmes vaginaux se propagent rarement à la vulve. Il y a contraste entre ce fait et la large affinité qui existe entre le cancer de l'utérus et du vagin.

Les ganglions de l'épithélioma vulvaire appartiennent aux deux groupes supéro-interne et supéro-externe des ganglions de l'aine, ils s'adjoignent les ganglions cruraux et en particulier le ganglion de Cloquet au moment où le clitoris commence à être envahi.

Au point de vue des ganglions il nous faut distinguer l'épithélioma superficiel de l'épithélioma profond — le premier n'ayant qu'une faible tendance à l'envahissement ganglionnaire — le second détermi-

nant une réaction lymphatique rapide. Dans la moitié des cas rapportés par Goldsmidt, les ganglions étaient atteints avant toute ulcération. Est-ce à dire que toutes les fois que l'on constatera des ganglions inguinaux augmentés de volume et indurés chez une malade atteinte d'épithélioma vulvaire, ces ganglions seront cancéreux? Non. Il n'en est pas moins vrai, qu'au cours de l'intervention, il faudra poursuivre les lymphatiques jusque dans les derniers repaires, car, d'une part, on ne sait jamais s'ils ne sont pas altérés et, d'autre part, ils sont capables de devenir malades après l'ablation de la tumeur et même sans nouvelles localisations vulvaires comme le montrent les cas de récidive ganglionnaire rapportés par Küstner, Schwarze et Goldsmidt.

A côté des cancers de la vulve proprement dits qui n'ont qu'une extension restreinte du côté de la profondeur, nous avons vu au cours de la symptomatologie que l'épithélioma de l'urèthre ne demande qu'à franchir les limites périnéales et à envahir le petit bassin au niveau des limites osseuses, branche ischio-pubienne et symphyse, d'autre part au niveau du bas-fond| vésical. C'est donc une [variété des plus graves car en très peu de temps il rend extrêmement pénible la fonction urinaire et par suite de compressions nerveuses qu'il détermine on assiste à l'apparition relativement rapide des douleurs spontanées.

La propagation aux autres viscères est rare, quant à la généralisation elle n'a été rapportée que dans quelques cas. Mayer en a rapporté un des plus

nets ; Schwarze cite une observation d'une femme opérée d'un épithélioma vulvaire qui mourut d'une tumeur du cerveau. Mais on ne sut pas si les deux néoplasmes étaient de même nature.

La durée moyenne de l'évolution est très difficile à fixer, toute la première période échappant à l'observation et la plupart des phénomènes fonctionnels, en particulier le prurit, qui attirent l'attention de la malade sur la région vulvaire étant trop banals pour qu'on soit en droit de faire remonter à leur apparition la date du début du cancer. Quoi qu'il en soit, nous dirons que l'épithélioma de la vulve est relativement bénin, que sa durée parfois très longue est en moyenne de trois à quatre ans et que c'est une des rares variétés de cancer dont la récidive se fasse attendre parfois longtemps.

Si nous considérons les statistiques données dans les thèses de Schwarze, de Lahaye, de Pileux, auxquelles nous ajouterons les quelques cas qui nous ont été communiqués personnellement, nous voyons que sur 47 cas 17 n'ont été opérés qu'une fois et n'ont pas récidivé :

9 ans après l'opération...			Un cas de Schrœder.
5 ans	—	5	2 de Veit. 1 de Schwarze. 1 de Martin. 1 de Melchiori.
4 ans	—	4	3 de Schwarze. 1 de Pozzi.
3 ans 1/2	—	3	1 Polaillon. 1 Jayle. 1 Rochard.

2 ans	—	3	1 Rochard. 1 Schwarze. 1 Lépinski.
1 an	—	2	1 Mauclaire. 1 Schwarze.

a) Donc sur 47 cas 15 ont dépassé deux ans sans avoir récidivé.

b) Malades ayant récidivé mais ayant été réopérées et mortes d'une affection intercurrente : deux cas, mort : 4 ans 1/2 après la première intervention Schwarze.

c) Malades ayant récidivé mais ayant été réopérées et vivant encore :

4 ans après la première intervention, 1 cas, Schwarze ;

3 ans après la première intervention, 1 cas, Schwarze.

d) Malades ayant récidivé et étant mortes de leur récidive, opérées une ou plusieurs fois :

Mortes : Schwarze.	10 ans après 1re intervention.	1 cas.
	4 ans et 8 mois.	1 »
	4 ans.	2 »
	3 ans 1/2.	1 »
	2 ans 9 mois.	1 »
	2 ans 4 mois.	1 »
Gœnner.	2 ans.	1 »
	18 mois.	1 »

Priestley.........	14 mois	1 cas
Sassy............	12 mois	»
Louradour.......	1 an	»
Hirigoyen........	1 an	»
Schwarze........	11 mois	»
Sassy............	9 mois	»
Jacob............	7 mois	»

Gérard-Marchand.	6 mois	deux cas
Ozenne	6 mois	un cas
Franke	6 mois	deux cas
Louradour	6 mois	un cas
Louradour	5 mois	»
Schwarze	5 mois	»
Louradour	3 mois	»

Si l'on consulte la riche statistique de Goldsmidt on voit que sur 169 cas opérés 66 furent suivis de récidive rapide : 26 eurent une récidive nettement sur place, 25 dans la région et 15 à la fois sur place et dans le voisinage. Dans 84 cas la récidive fut tardive : où bien des malades sont mortes d'une affection intercurrente dans 17 cas, c'est-à-dire dans une proportion de 10 pour 100 la guérison fut durable : c'est peu relativement, c'est beaucoup pour un épithélioma si l'on compare ces résultats à ceux des autres cancers.

TRAITEMENT

Le seul traitement rationnel est évidemment la destruction ou l'ablation de la tumeur, malheureusement il n'est pas toujours possible par suite de la période à laquelle on peut examiner les malades. Ces derniers attendent parfois à une période trop avancée avant de se décider à accepter une opération. Deux de nos observations inédites (Obs. VII et VIII) en sont un bel exemple. Dans ces cas la malade est inopérable, il faut se contenter d'atténuer seulement les principaux symptômes dont elle se plaint. A l'heure actuelle une ère nouvelle paraît s'ouvrir, c'est l'ère du traitement du cancer par les rayons Röntgen ou encore par le radium.

Nous envisagerons : 1° Le traitement curatif chirurgical ;

2° Le traitement par les rayons X.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous croyons tout à fait inutile d'insister sur la destruction de la tumeur par les caustiques, comme cela se pratiquait autrefois, nous n'envisagerons absolument que l'extirpation à main armée qui n'a et ne doit avoir d'autre limite que l'impossibilité d'enlever la totalité du néoplasme.

Elle sera donc faite le plus tôt possible dès que le diagnostic sera établi d'une façon certaine, c'est le seul moyen d'obtenir une guérison durable.

Les statistiques que nous venons d'étudier nous montrent que le traitement actuel appliqué à l'épithélioma de la vulve donne des résultats bien supérieurs à ceux obtenus pour les cancers en général. Ce fait est peut-être dû en grande partie à une différence de malignité des néoplasmes ; mais, de l'avis de la plupart de nos maîtres, il faut surtout en rechercher l'explication dans la précocité de l'opération ; le cancer de la vulve étant superficiel amène forcément la malade à consulter avant les femmes atteintes de tumeurs cancéreuses de l'utérus qui ont une évolution particulièrement sournoise et qui ne se révèlent souvent que dans une période où il est trop tard pour les opérer. On opérera donc tôt et largement. Il faut

absolument faire passer en tissu normal les incisions chargées de circonscrire la tumeur.

La présence de ganglions non adhérents n'est pas une contre-indication opératoire ; on les enlèvera avec soin.

Malheureusement il faut reconnaître, avec le professeur Pozzi, que, dans les cas où ils existent, la récidive ne se fera généralement pas attendre.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La région malade est désinfectée soigneusement et le néoplasme examiné d'une façon méticuleuse sous le chloroforme, pour se rendre un compte exact des limites du mal.

La tumeur est circonscrite par plusieurs incisions curvilignes, pratiquées à 12 à 15 millimètres de la zone d'envahissement avec un bistouri bien tranchant et en plongeant jusque dans la couche sous-cutanée.

Si la périphérie du néoplasme est irrégulière on annexe aux incisions dont la direction générale est verticale deux incisions latérales en V. L'angle supérieur du fragment qui doit être détaché est saisi à l'aide d'une pince à griffes à pression continue et détaché de la profondeur, aussi loin qu'il peut sembler nécessaire, à l'aide du bistouri, en dedolant.

La section doit porter bien au delà de toute trace d'induration ; l'ablation du néoplasme, pour être satisfaisante, doit être faite d'une seule fois et en quelques instants.

Rarement une artère de quelque importance exige l'application de pinces hémostatiques si l'ablation peut se faire très vite.

La tumeur enlevée, on pratique un lavage immé-

diat de la plaie, on lie les vaisseaux qui saignent et on suture la plaie. La réunion doit se faire aux crins de Florence.

La laxité et le glissement facile de la peau des grandes lèvres d'une part, de la muqueuse vaginale de l'autre, permettent le plus souvent d'obtenir une assez bonne réunion.

Les téguments et la muqueuse vaginale sont en effet décollés s'il y a lieu jusqu'à une certaine profondeur et réunis en reconstituant autant que possible l'aspect d'une vulve normale.

Un pansement compressif est appliqué pendant les premières heures, puis on applique entre les jambes un pansement légèrement humide que l'on fera cinq ou six fois en 24 heures et sans exception chaque fois que la malade vient d'uriner. On fait une injection vaginale et un lavement vulvaire légèrement antiseptique.

Les sutures sont enlevées au dixième jour et la guérison est complète en trois semaines.

Au cours de l'opération on explore et on enlève avec le plus grand soin tous les ganglions inguinaux et cruraux engorgés.

Nous avons envisagé l'un des cas les plus simples dans cet exposé, mais assez fréquemment l'opération est un peu compliquée par l'envahissement du méat et même d'une portion de l'urèthre par le néoplasme. Il faudra réséquer l'urèthre en l'attirant au dehors et apporter un soin tout particulier à la réfection du méat urinaire en affrontant exactement les

muqueuses uréthrale et vulvaire. On s'aidera pour la dissection d'une sonde introduite dans le canal et il pourra être nécessaire de poursuivre le néoplasme jusqu'au col de la vessie.

Lorsque l'opération est bien faite on obtient parfois de forts beaux résultats et nous avons vu dans le service de M. le professeur Pozzi des moulages montrant une vulve presque normalement reconstituée et cicatrisée par première intention à la suite de l'extirpation d'un volumineux cancer ayant détruit le vestibule et la plus grande partie des petites lèvres.

L'emploi de l'aiguille d'Emmet est parfois nécessaire quand il y a une large perte de substance. Dans certains cas elle est cependant si considérable qu'il est impossible de réunir les bords de la peau et il y a nécessité absolue à attendre la cicatrisation secondaire qui est parfois très longue.

La méthode d'extirpation classique consistant en l'ablation de la tumeur d'abord, puis des ganglions a été modifiée dernièrement de la façon suivante par M. le professeur agrégé Mauclaire.

TECHNIQUE DE M. MAUCLAIRE

Premier temps. — « Dans un premier temps on pratique de dehors en dedans tout l'évidement du

pli inguinal du côté opposé à celui de la tumeur, suivant une surface triangulaire à sommet tronqué pubien, en excisant la peau, la graisse sous-cutanée et les petits ganglions que l'on y rencontre.

Deuxième temps. — « On fait un évidement semblable de l'autre côté jusqu'à l'aponévrose et la veine fémorale mise à nu.

Troisième temps. — « On incise la peau transversalement à trois travers de doigt au-dessus du pubis en réunissant les deux incisions précédentes.

Quatrième temps. — « Toutes les parties molles prépubiennes sont enlevées de haut en bas et comprennent le clitoris et toute la portion de la vulve atteinte.

« Après l'exérèse, les parties molles inguino-crurales des deux côtés et toute la tumeur enlevée tiennent en un seul bloc. Si la lésion est clitoridienne et déjà étendue, M. Mauclaire commence par fouiller d'abord et successivement la région crurale, le canal crural, le canal inguinal et la région iliaque ; descendre ensuite vers le clitoris pour enlever « en un seul morceau » tout le territoire lymphatique infecté et la tumeur elle-même. »

Cette méthode nouvelle, décrite par M. Mauclaire sous le nom « d'évidement lymphatique bilatéral et néoplasique en bloc pour les cancers du pénis et du clitoris », est encore d'application trop récente pour qu'on puisse juger des résultats qu'elle a pu donner.

A priori cependant, nous dirons qu'elle donne de grandes chances d'enlever le plus possible de tissus infectés en inoculant le moins possible le foyer d'opération et que naturellement elle doit plus que toute autre mettre le malade à l'abri des récidives.

TRAITEMENT DES CANCERS INOPÉRABLES

Nous en arrivons à parler des cancers non opérables. Le traitement pour cette variété sera essentiellement palliatif. « On s'attachera surtout à combattre les accidents qui gênent le plus les malades, le suintement ichoreux, l'odeur fétide, l'irritation des parties voisines. On usera de lavages fréquents avec des solutions antiseptiques et désinfectantes. On fera des pansements souvent renouvelés avec de la gaze iodoformée introduite dans les ulcérations. On recommandera d'oindre les téguments des aines et de la partie interne des cuisses avec de la vaseline boriquée pour s'opposer à l'érythème que provoque la leucorrhée irritante.

« Peut-être pourrait-on dans certains cas mettre en usage le procédé de Kraske qui a proposé de recouvrir les ulcères cancéreux inopérables avec de la peau saine pour rendre leur marche plus lente et leurs symptômes moins pénibles. Pour cela on doit d'abord nettoyer le plus possible par le grattage la surface à recouvrir, puis procédant le plus possible par décollement des bords et taillant au besoin des lambeaux qu'on ferait pivoter, on recouvrirait comme d'un pont de peau saine la surface avivée par la curette ». Pozzi, *Traité de Gynécologie*.

TRAITEMENT PAR LA RADIOTHÉRAPIE

Bien que de date relativement récente la radiothérapie, par les résultats qu'elle a déjà donnés dans un certain nombre d'affections considérées jusqu'à ce jour comme au-dessus des ressources de la thérapeutique, a pris une place importante dans les méthodes curatives.

Découverts en 1895 par Röntgen les rayons furent utilisés l'année suivante au point de vue thérapeutique par un Viennois, le Dr Freund. Les essais ne tardèrent pas à se généraliser en France et à l'étranger. On les utilisa tout d'abord pour le traitement du lupus, puis dans celui des épithéliomas superficiels. On fit, et l'on fait à l'heure actuelle, de fréquents essais dans la thérapeutique des cancers viscéraux. Malheureusement pour le sujet qui nous intéresse, si la radiothérapie a été fréquemment utilisée pour le traitement des cancers du sein et de la face, elle n'a presque jamais été employée dans celui des cancers de la vulve. Nous étudierons la technique qui doit présider à ce mode de traitement, puis nous discuterons ensuite les résultats que nous connaissons.

L'instrumentation pour appliquer la radiothérapie est assez complexe et nécessite :

(1) 1° *Une source électrique* pouvant être, soit un secteur, soit une batterie d'accumulateurs ;

2° Un générateur à haut potentiel, machine statique ou bobine ;

3° Un certain nombre d'appareils dont l'importance est capitale et qui sont au nombre de quatre :

Une ampoule à osmo-régulateur ;

Un spentermètre du Dr Béclère ;

Un radio-chromomètre de Benoît ;

Enfin un instrument inauguré par le Dr Hollzkrecht de Vienne et appelé chromo-radiomètre, ce dernier permet de distinguer d'une façon suffisamment pré cise la quantité de radiations absorbées par la région traitée dans un temps donné. Il est basé sur la propriété qu'ont certains sels de se colorer sous l'influence des rayons X. Il comporte :

a. Une échelle étalon composée d'un certain nombre de disques, enfermés dans une boîte qui les protège de la lumière et présentant une coloration verdâtre dont l'intensité s'accentue graduellement d'un bout à l'autre de la série.

A chaque degré de cette échelle correspond un nombre indiquant la quantité de rayons absorbés d'après une unité déterminée par l'inventeur et qu'il désigne sous le nom de unité H.

b. Une série de disques de coloration verdâtre légèrement inférieure à celle du disque de l'échelle étalon qui présente la coloration la plus faible.

---

1. Bisserie. *Progrès médical*, 1905.

Lorsqu'on fait une application radiothérapique on place un de ces disques au voisinage de la région traitée de manière à ce qu'il reçoive et absorbe la même quantité de radiation que celle-ci. Dès que le disque indique par le degré de changement survenu dans sa coloration que la quantité de radiations jugée nécessaire par l'effet thérapeutique cherché est atteinte ; on arrête l'application et on note le nombre d'H absorbés par la région.

Quelle quantité de radiations faut-il utiliser ou faire absorber pour atteindre le but cherché ?

C'est un point très délicat. L'âge de la malade, lexamen attentif de la lésion, sa profondeur, sont des considérations dont il faudra tenir compte.

L'expérience a montré cependant qu'en général, on peut sans s'exposer au moindre accident, faire absorber à la région traitée une quantité de radiations correspondant à la dose 5 H (Béclère-Bissérié).

D'après ces auteurs, il semble préférable au point de vue thérapeutique de faire absorber à la région traitée une dose assez forte de radiations dès la première fois, à la condition toutefois d'attendre pour faire absorber une autre dose que toute trace de réaction ait absolument disparu. Le temps qui doit séparer deux applications est assez variable et dépend d'une foule de facteurs, mais en somme nous pouvons dire que rarement inférieur à 15 jours il atteint parfois 20 et 30 jours.

Ces considérations de technique que nous considérons comme très utiles à connaître étant exposées, voyons les résultats obtenus.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

De notre ami le Dr Haret, publiée au Congrès de Grenoble et provenant du dispensaire de M. Tuffier.

X..., âgée de 60 ans.

En 1900, la malade s'aperçoit qu'elle a sur la grande lèvre droite un bouton dur et légèrement douloureux au toucher. Elle ne fait aucun traitement, ne consulte personne. Peu à peu, les douleurs deviennent spontanées et la tumeur augmente de volume. C'est dans ces conditions qu'elle se décide à venir consulter le Dr Desfosses.

Examen. — Antécédents héréditaires et personnels nuls. L'état général n'est pas mauvais.

Localement sur le bord de la grande lèvre droite on constate une tumeur, du diamètre d'une pièce de 1 franc, non ulcérée, dure, adhérente à la muqueuse qui la recouvre, de coloration rouge vif et saignant facilement quand on l'explore. On fait le diagnostic d'*épithélioma vulvaire* et on soumet la tumeur au traitement radiothérapique.

On fait une séance de radiothérapie par semaine. La région superficielle absorbe 3 unités H, à chaque séance, les douleurs diminuent peu à peu en même temps que la tumeur s'affaisse,

et après 8 séances nous considérons la malade comme guérie.

Au palper on ne sent plus d'induration, les tissus sont très souples, non adhérents, la malade ne souffre plus.

Il manque malheureusement dans cette observation l'examen microscopique.

OBSERVATION II (Reymond et Chanoz).

Lyon médical, 31 janvier 1904.

Il s'agit d'une ulcération néoplasique de la grande lèvre gauche (examen histologique fait par Fabre).

Début en 1900. L'affection est latente jusqu'en 1903, puis s'étend rapidement à toute la moitié gauche de la vulve. Douleurs intolérables, amaigrissement énorme : 25 kilos, cachexie, les parties saines couvertes de lames de plomb ; on expose la lésion à un tube de Crookes de 10 centimètres pendant douze minutes.

Deux séances par semaine. Premiers résultats mauvais. L'amélioration commence à la sixième séance, puis la plaie se déterge, les bourgeons disparaissent, les ganglions diminuent, les douleurs cessent, l'appétit revient avec les forces, le poids augmente, au point que la malade a repris ses occupations. La cicatrisation est complète.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le Dr Stoffet, assistant de M. le Dr Béclère.

X..., 58 ans, il s'agit d'une ulcération néoplasique ayant débuté il y a deux ans. L'examen histologique fut positif.

A l'examen, on voit une ulcération bourgeonnante et saignant facilement, siégeant au niveau de la grande lèvre gauche et ayant également envahi la petite lèvre de ce côté. Douleurs vives au moindre mouvement, écoulement ichoreux, perte des forces.

On soumet la malade à la méthode radiothérapique. On fait une application tous les quinze jours, en protégeant les parties saines suivant le procédé habituel. L'amélioration locale ne commença à se produire qu'après la troisième séance. Elle augmenta progressivement. La place se détergea. Les ganglions inguinaux, qui étaient assez volumineux avant le début du traitement, diminuent peu à peu.

Ses forces revinrent et, 4 mois après la première séance, l'amélioration était si considérable que la malade pouvait se croire presque complètement guérie.

En dehors de ces trois observations qui prouvent véritablement l'efficacité de la radiothérapie sur l'épithélioma de la vulve, nous savons que dans le laboratoire du docteur Béclère on a soigné quatre autres cas de cancer de la vulve, dont deux furent peu améliorés, les deux autres bénéficièrent d'une amé-

lioration considérable. Enfin, dans un cas d'épithélioma vulvaire déjà propagé au vagin, le docteur Béclère n'a pas constaté de résultats favorables.

En résumé, les cas d'épithéliomas de la vulve traités par la radiothérapie sont encore peu nombreux, mais d'après les faits que nous rapportons on voit que ce cancer, comme tout cancer superficiel et cutané, est considérablement amélioré par les radiations Röntgen lesquelles sont peut-être capables de donner des guérisons.

Est-ce à dire que l'intervention chirurgicale sera abandonnée au profit de l'autre ? Non, les deux modes de traitement seront le complément l'un de l'autre. Nous connaissons encore trop mal à l'heure actuelle la nature et le rôle exact des rayons pour faire perdre aux malades le bénéfice d'une intervention chirurgicale raisonnée.

Mais nous croyons que la radiothérapie constitue le meilleur mode de traitement pour certains cas que l'expérience nous apprendra à bien déterminer.

OBSERVATION IV

(Bender et Daniel. *Société anatomique,* janvier 1904).

Epithélioma primitif de la vulve confondu avec un chancre mou.

Henriette... âgée de 37 ans, entre le 22 juillet 1903 dans le service de M. Faure à Cochin. Pas d'antécédents héréditaires.

Réglée à 15 ans, règles toujours régulières, durée 2 à 3 jours, moyennement abondantes ; une seule grossesse il y a trois mois.

En août 1902, après l'arrêt de ses dernières règles, la malade remarque l'existence d'une petite masse légèrement saillante au niveau de la petite lèvre gauche. Petite tumeur douloureuse, mais comme elle n'était que peu gênante, la malade ne se décida à consulter que 4 ou 5 mois après.

On lui fit une cautérisation au nitrate d'argent qui ne détermina aucune amélioration.

Huit mois après le début des accidents, la malade alla consulter un autre médecin qui lui fit des attouchements à la teinture d'iode pendant deux mois environ.

L'accouchement eut lieu le 15 mai 1903, sans aucun incident, les suites de couches ont été normales. A partir de cette époque les lésions se sont progressivement étendues et deux mois plus tard la malade entra à Saint-Louis. On fit dans le service où elle fut soignée le diagnostic de chancre mou parce qu'on avait trouvé à l'examen bactériologique un très grand nombre de bacilles de Ducrez : pulvérisations phéniquées. Aucune amélioration.

La malade entre dans le service de gynécologie à Cochin.

Examen. — En écartant les cuisses de la malade, on aperçoit au niveau de la vulve, une large surface ulcérée de forme irrégulière. Cette ulcération occupe la presque totalité de la petite lèvre gauche, la moitié supérieure de la petite lèvre droite, le clitoris et le capuchon clitoridien, le vestibule. Les grandes lèvres et les régions voisines ainsi que l'entrée du vagin ne présentent aucun caractère anormal.

La coloration des lésions est d'un rouge jaunâtre, tranchant nettement sur les tissus sains.

Au niveau de la région clitoridienne et de la petite lèvre gauche, on voit se détacher sur le fond rouge, de petits points jaune, grisâtre, toute la zone ulcérée est limitée par une sorte de bourrelet saillant de deux millimètres environ sur les parties avoisinantes.

La consistance des tissus ulcérés est comparable à celle du carton mouillé. Quant à la profondeur des lésions elle varie selon les points considérés.

Au niveau du clitoris et à la partie moyenne de la petite lèvre gauche, les lésions sont beaucoup plus profondes, le capuchon clitoridien est transformé en une masse végétante qui masque complètement le clitoris. La région malade n'est pas saignante au toucher ; elle ne donne naissance qu'à une sécrétion très peu abondante, il est absolument impossible de reconnaître le méat au milieu des bourgeons ulcérés qui encombrent la région clitoridienne. L'entrée du vagin est absolument normale, les parois vaginales vues au spéculum sont saines, il en est de même du col de l'utérus. En présence de ces symptômes nous avons pensé qu'il s'agissait non pas d'un chancre mou, mais d'un épithélioma de la vulve.

Pour confirmer ce diagnostic nous avons pratiqué au niveau de la région ulcérée une biopsie qui nous a donné des résultats tout à fait nets, le fragment fut prélevé au niveau de la limite de l'ulcération, en empiétant légèrement sur la partie saine : Anesthésie locale au chlorure d'éthyle, l'examen nous permit de reconnaître quil s'agissait d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

On reconnaissait très nettement au niveau de la partie restée saine l'épithélium qui présentait des caractères normaux. A mesure qu'on se rapproche de l'ulcération, on voit les bourgeons interpapillaires s'allonger et s'hypertrophier. Enfin au niveau de la région ulcérée, on se trouve en plein tissu néoplasique. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux tubulé et lobulé. On retrouve par places un petit nombre de globes épidermiques.

L'opération fut pratiquée quelques jours après par M. J.-L. Faure. La tumeur enlevée aussi largement que possible, on reconnut au cours de l'intervention que le méat urinaire n'avait pas été envahi par le néoplasme mais avait seulement été refoulé en bas et en arrière. La perte de substance put être comblée assez facilement et la guérison suivit rapidement.

Un examen histologique plus complet pratiqué sur des fragments plus étendus de la tumeur nous permit de vérifier l'exactitude absolue des résultats fournis par la biopsie.

Ce cas que nous avons reproduit textuellement est intéressant à un double point de vue, d'abord c'est une observation très complète et, de plus, montre bien les difficultés que peut présenter dans certains cas le diagnostic des lésions néoplasiques de la vulve.

OBSERVATION V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Nandrot, recueillie par lui dans le service de M. Rochard.)

Epithéliomas avancés où l'opération semble avoir donné une guérison complète.

Malade, âgée de 65 ans, entrée à l'hospice d'Ivry le 15 avril 1903. Elle raconte que depuis deux ans elle a constaté l'apparition d'une petite grosseur au niveau de la région vulvaire. Cette petite tumeur s'est traduite au début par du prurit surtout nocturne et des douleurs à la marche, elle a augmenté peu à peu de volume et ces derniers temps, à la suite d'un choc au niveau des parties génitales, il s'est produit une hémorrhagie légère qui a déterminé la malade à venir consulter à l'hôpital.

Examen. — Etat général assez bon, amaigrissement peu marqué. Au niveau de la vulve, siégeant sur la grande lèvre droite et ayant également envahi un peu la petite lèvre homonyme, on découvre une ulcération saignant facilement et reposant sur une base mal limitée, infiltrée dans les tissus voisins. Le clitoris commence à être envahi et les tissus malades sont d'un rouge vif à certains endroits. Les ganglions inguinaux du côté droit sont engorgés, on porte le diagnostic d'épithélioma de la vulve et l'on pratique l'extirpation du néoplasme. On enlève les deux lèvres droites et le clitoris. On fit également l'ablation des ganglions inguinaux du côté droit, les ganglions cruraux semblant indemnes on les res-

pecta. On put suturer les tissus, la plaie drainée à la partie déclive se cicatrisa presque entièrement par première intention. L'examen histologique de la tumeur vérifia le diagnostic clinique ; deux ans après, il n'y a pas de récidive

OBSERVATION VI (inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Jayle).

Céline D..., femme B..., âgée de 40 ans, entrée à l'hôpital Broca, dans le service de M. le professeur Pozzi le 20 octobre 1901.

Vient à l'hôpital pour une tumeur développée au niveau de la vulve du côté droit. La malade ne peut donner aucun renseignement précis sur la date d'apparition de cette tumeur mais elle se rappelle l'avoir depuis un an. Depuis trois ou quatre mois, elle est exulcérée, donne issue à un liquide ichoreux, fétide, ainsi qu'à quelques pertes de sang comme il arrive dans les cancers. La malade ne souffre pas de vives douleurs ni de gêne à la miction, elle n'éprouve que des sensations de gêne et d'irritation dues à cette tumeur ulcérée.

L'état général est bon.

Examen physique. — La tumeur occupe la partie supérieure et latérale droite de la vulve, elle est surtout développée aux dépens de la grande lèvre, elle offre le volume d'un gros œuf, elle est largement exulcérée et offre une surface végétante anfractueuse, recouverte de sanie ichoreuse. Elle s'étend du pubis jusqu'au méat urinaire, à la limite duquel elle s'arrête.

Par son volume, elle a repoussé peu à peu à gauche le clitoris qui n'a pas été atteint.

Développée surtout dans la partie supérieure de la grande lèvre, elle a gagné, d'une part en haut et à droite, la région pubienne et, d'autre part, elle a passé par-dessous la petite lèvre pour venir s'étendre dans l'espace situé entre le clitoris et le méat.

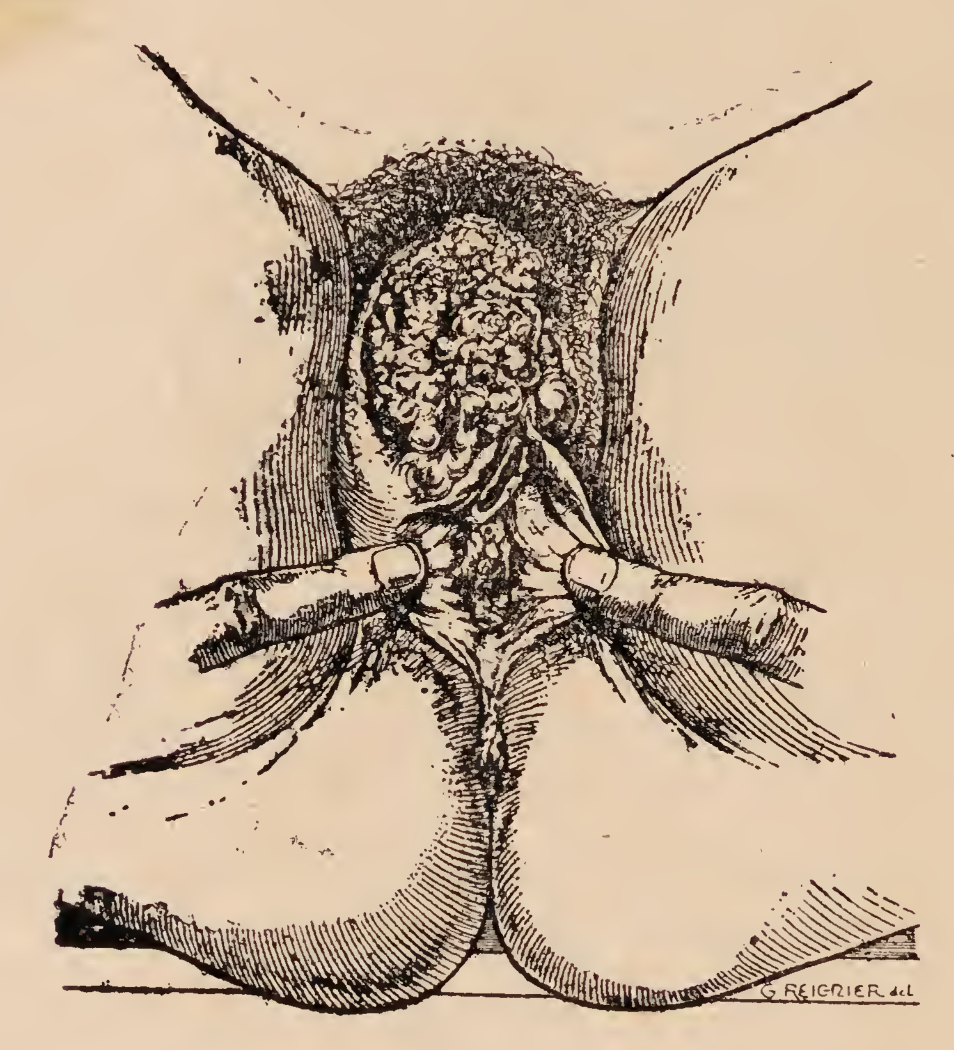


Fig. 1. — Epithélioma de la vulve.

Ce qui reste de la partie supérieure de la petite lèvre forme comme une sorte de pont qui divise la tumeur en deux parties inégales, l'une supérieure, constituant les 5/6 de la tumeur, l'autre inférieure répondant à la partie située au-dessus du méat (fig. 2).

En écartant les petites lèvres et en regardant le malade de face on voit bien toute l'étendue de la tumeur telle que la représente la figure ci-jointe (fig. 1).

En cherchant à mobiliser cette tumeur sur les parties profondes on constate un défaut de mobilité et il n'est pas pos-



Fig. 2. — Epithélioma ulcéré de la vulve, après son ablation. Une sonde cannelée soulève le pont formé par la partie supérieure de la petite lèvre droite. En bas, se voit le méat.

sible de dire si les adhérences sont telles que l'extirpation soit impossible.

On ne trouve aucun ganglion iliaque ni à droite, ni à gauche, pas plus qu'en aucun autre point de l'économie.

Diagnostic. — Epithélioma de la partie supérieure et latérale droite de la vulve affleurant le méat urinaire vers sa partie supérieure mais n'ayant pas encore envahi la muqueuse uréthrale.

Etant donné le bon état général de la malade, on tente l'intervention.

Opération le 26 octobre 1901 par M. le Dr Jayle.

L'ablation a été simple et il a été possible d'enlever toute la tumeur qui profondément n'allait pas jusqu'au squelette.

La tumeur a été circonscrite par deux grandes incisions allant de haut en bas et de droite à gauche suivant l'axe de la tumeur en commençant en haut dans la région pubienne et venant se réunir en bas au niveau du méat. Le méat a dû être totalement enlevé ainsi qu'une portion de l'urèthre sur sur une longueur d'environ 5 à 6 millimètres pour bien permettre l'ablation des tissus morbides.

La reconstitution du méat a été faite avec leplus grand soin.

L'hémorrhagie n'a pas été très abondante, l'hémostase a pu être faite complétement.

La tumeur enlevée, il restait une brèche considérable presque aussi large que la paume de la main.

Grâce à la laxité des tissus de cette région, on a pu néanmoins suturer la plaie, dans sa presque totalité ; une mèche de gaze a été cependant mise dans la partie non comblée, une sonde à demeure a été placée.

Suites opératoires. — Elles ont été les plus simples, la malade n'a pas présenté d'élévation de température, il n'y a eu aucune suppuration de la plaie. La sonde à demeure a été

retirée vers le sixième jour, la malade a ensuite uriné seule. Elle est sortie complètement guérie le 23 novembre.

Suites éloignées. — La malade a été revue en 1904 par M. Jayle, elle était en parfait état de santé. Localement, les parties n'étaient nullement déformées et on ne se serait pas douté du grand traumatisme qu'elles avaient subi sans la cicatrice de l'incision opératoire.

A noter que le méat est en parfait état et que la malade n'a jamais eu aucun trouble de la miction.

OBSERVATION VII (inédite).

(Recueillie par M. Péchard, externe des Hôpitaux, dans le service de notre maître, M. Lucas-Championnière.

Epithélioma vulvaire ayant évolué sans traitement chirurgical.

J. C..., 65 ans. Entre le 4 décembre 1902 à l'hôtel-Dieu souffrant depuis deux ans d'ulcérations aux parties génitales. L'affection a commencé par un bourgeon sanguinolent qu'elle a négligé pendant quelque temps et qu'elle a ensuite soigné avec des lotions chaudes. Non seulement l'ulcération ne s'est pas améliorée mais, au contraire, elle s'est étendue progressivement.

Du côté droit où elle avait débuté elle avait gagné le côté gauche de la vulve. De plus les ganglions lymphatiques s'étaient hypertrophiés et c'est l'apparition de ces « grosseurs » qui avait déterminé la malade à venir à Paris consulter un chirurgien.

Gérard Marchand proposa une opération que la malade refusa. Retournée dans son pays, à Dinard, un médecin lui fit faire des lavages antiseptiques. Mais bientôt les douleurs qui jusqu'ici n'avaient pas inquiété cette femme devinrent si violentes qu'elle vint demander une opération à M. Lucas-Championnière.

En écartant légèrement les grandes lèvres, nous constatons une plaie anfractueuse très étendue, ayant rongé presque toute la petite lèvre droite et s'enfonçant dans la profondeur de la grande. Cette ulcération s'était étendue au côté gauche en passant par le clitoris, qui était sanguinolent. Du côté gauche l'ulcération ne s'étendait guère que sur la partie postérieure de la petite lèvre.

A la palpation on constate un épaisissement notable de la grande lèvre droite qui a une consistance presque ligneuse. Les ganglions lymphatiques sont extrêmement développés : à droite, le ganglion de Cloquet atteint facilement la dimension d'un œuf de pigeon. Nous avons pu constater la présence de cinq de ces ganglions dont le contour se dessinait nettement sous la peau. Du côté gauche l'envahissement du système lymphatique est moins étendu et les ganglions moins tuméfiés. Le vagin est envahi. Un liquide sanieux et fétide s'écoule des ulcérations vulvaires. L'état général qui était resté bon jusqu'au mois d'octobre 1902 s'altère rapidement. M. Lucas-Championnière se refusant à toute intervention se borne à des cautérisations. La malade quitte l'hôpital le 10 janvier 1903. Se fait des injections vaginales. En mars ali tement complet, cachexie. Mort à la fin de mai 1903.

OBSERVATION VIII (Inédite).

Femme R..., 63 ans, entre à Broca dans le service de M. Pozzi le 6 mai 1894.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement. Ménopause à 36 ans. Pas de grossesse antérieure. A éprouvé, dit-elle, il y a trois mois de vives douleurs en urinant en même temps qu'apparaissait un écoulement sanguinolent d'odeur fétide. Les douleurs, d'abord limitées, se sont bien vite irradiées vers les aines, l'anus et les membres inférieurs. Comme elles sont devenues intolérables surtout au moment des mictions, la malade entre à l'hôpital.

Examen. — Cet examen est douloureux. La vulve est œdématiée, les grandes lèvres rouges. En palpant légèrement on trouve de l'induration des lèvres gauches, induration qui se prolonge surtout vers la partie supérieure de la vulve. Le toucher très douloureux donne peu de résultats ; pratiqué sous le chloroforme on constate un épithélioma ayant envahi à gauche la partie inférieure du vagin, il contourne complètement l'orifice de l'urèthre et atteint la grande lèvre droite.

10 mai. — Curettage, par M. Jayle, des fongosités suivies de cautérisation ignée. On place dans la vessie une sonde à demeure ; tamponnement à la gaze iodoformée. Les jours suivants, la malade souffre beaucoup. On lui donne des lavements à l'antipyrine, on fait quelques piqûres de morphine. Les douleurs se calment. Le 14, on enlève la sonde à demeure. Les douleurs redeviennent bientôt presque aussi fortes

qu'avant l'opération, l'écoulement seul est moins abondant et moins fétide.

Exéat le 29 mai.

Dans la thèse de Schwarze se trouvent de nombreux cas où la récidive se fit attendre très longtemps ou ne s'est pas produite. Nous ne les citerons pas tous, nous nous contenterons de rapporter quelques observations intéressantes et en particulier celles où il eut une guérison durable malgré la présence de ganglions atteints par la néoplasie (obs. X, IX, XI, XV).

OBSERVATION IX (*in* thèse Schwartz).

X..., 58 ans, souffrait depuis un an d'une petite tumeur d'une grande lèvre malgré les soins médicaux. Pertes blanches, douleurs dans position assise, brûlures en urinant, amaigrissement.

Examen. — Su· la grande lèvre droite il existe une tumeur de la grosseur d'un œuf, elle est granuleuse et en partie ulcérée, la consistance en est très dure. Les ganglions inguinaux des deux côtés semblent atteints, à droite ils sont gros comme une noix, à gauche un peu moins volumineux.

Ablation de la tumeur et des ganglions par le professeur Olstraussen.

Examen histologique. — Epithélioma pavimenteux, ganglions profondément atteints.

Malade revue un an après : état général bon, il existe une petite induration et de légères érosions au voisinage de la cicatrice, mais pas d'adénopathie inguinale, 4 ans et demi

après l'opération il n'existe aucune récidive malgré le volume de la tumeur.

OBSERVATION X (*in* thèse Schwarze).

X..., 74 ans. La malade était en possession d'une petite tumeur vulvaire qui depuis 3 mois s'est developpée rapidement. Elle est passée du volume d'une noix à celui d'un œuf; elle siège à la partie de la grande lèvre droite avec extension aux petites lèvres.

Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume et durs: Ablation de la tumeur et des ganglions. C'est un épithélioma, les ganglions sont profondément atteints aussi bien à droite qu'à gauche.

Malade revue 4 ans et un mois après l'opération sans aucune récidive.

OBSERVATION XI (*in* thèse Schwarze).

X..., 70 ans, vient consulter parce que depuis quelque temps elle souffre d'un prurit violent des parties génitales qui sont rouges et inflammées. Au niveau de la commissure, on constate la présence d'une rhagade de deux centimètres de longueur. On se contente de prescrire des émollients et de la pommade cocaïnée. Amélioration pendant un mois mais réapparition de nouveaux troubles fonctionnels.

A l'examen. — Grandes lèvres rouges et œdématiées. Au pourtour du clitoris et de la partie supérieure de la petite lèvre, on voit une tumeur de la grosseur d'une noix, difficile

à mobiliser, présentant une surface granuleuse entourée de bords durs et blanchâtres et reposant sur une base dure et infiltrée.

Extirpation avec les ganglions des deux côtés, les ganglions ne sont pas carcinomateux. La malade a été revue après 3 ans, elle n'avait aucune récidive.

Nous donnerons maintenant quelques observations où les malades ont été opérées d'une récidive survenue à une période plus ou moins éloignée de la première opération.

OBSERVATION XI (*in* thèse Schwarze).

Fr... K..., 64 ans. Depuis un an, la malade remarque une grosseur sur la grande lèvre droite qui augmente peu à peu.

Examen. — Toute la grande lèvre droite est transformée en une plaque carcinomateuse jusqu'à la commissure postérieure.

Les ganglions inguinaux forment plusieurs paquets volumineux.

Opération par le Professeur Olshaussen. On extirpe la tumeur et les ganglions inguinaux. A l'examen microscopique, ils ne sont pas néoplasiques.

F... K... a été opérée à nouveau à Breslau, trois ans plus tard, d'un épithélioma récidivé. On extirpa les deux lèvres avec les ganglions inguinaux des deux côtés qui cette fois étaient infiltrés. Deux mois après la malade est partie guérie, depuis elle se porte bien.

Voici enfin une observation où la même malade fut opérée 4 fois par Olshaussen.

OBSERVATION XII

(*In* Thèse Schwarze).

F... R..., 54 ans.

Première opération. — Ablation du clitoris pour une tumeur en forme de papillome et de la partie voisine de la vulve pour une tumeur superficielle.

Deuxième opération. — Deux ans plus tard.

A l'union des 2/3 inférieurs et du 1/3 supérieur de la grande lèvre gauche on trouve une tumeur de la grosseur d'une prune, dure, d'une consistance solide et nous présentant une surface très bourgeonnante. Sur la grande lèvre droite se trouve une tumeur de la grosseur d'un gros haricot.

Extirpation des deux par Olshaussen. L'examen histologique montre qu'on avait affaire à un épithélioma.

Troisième opération. — Deux ans après.

A la grande lèvre droite, il existe une ulcération d'une largeur de trois marcks aux bords durs et très accentués, les ganglions inguinaux sont augmentés de volume et indurés. Extirpation de la tumeur et des ganglions.

Quatrième opération. — Enfin, un an après, au niveau de l'orifice du vagin il existe un néoplasme à forme térébrante, avec adénopathie. On enlève le tout et à l'examen microscopique on croit qu'il s'agit d'un carcinome de la vulve et des ganglions.

La malade revient trois mois après la dernière opération, débarrassée de toute infiltration cancéreuse. Elle a été opérée pour la première fois il y a cinq ans et trois mois.

Cancer du méat uréthral.

Sur 6 cas rapportés par Schwarze. Un cas n'a pas récidivé, deux sont morts sans récidive d'une affection intercurrente, trois sont morts de récidive.

OBSERVATION XIV (*in* thèse Schwarze).

A..., 58 ans.

Tout autour du méat on observe des végétations superficiellement ulcérées, elles s'étendent sur une surface de 6 millimètres de rayon, autour de l'orifice de l'urèthre qui est boursoufflé, volumineux et rouge vif. Le diagnostic d'épithélioma est confirmé par une biopsie, suivie d'examen microscopique.

La tumeur est assez largement extirpée. Une première récidive se produit *in situ* 2 ans après l'opération. Cette récidive est constituée par une tumeur de la grosseur d'un haricot, friable, dure, rouge vif. On l'extirpe et quatre ans après, on assiste à une seconde récidive : le méat est entouré d'un ourlet dur, rouge vif. On l'extirpe et quatre ans après on assiste à une seconde récidive.

Sept mois après il n'y a aucune récidive.

OBSERVATION XV (*in* thèse Schwarze).

X..., 45 ans.

Depuis près d'un an la malade a des pertes purulentes, elle n'a que fort peu de difficultés pour uriner.

Dans la région de l'urèthre on découvre la présence d'une tumeur du volume d'une grosse noix s'étendant jusque dans le vagin.

Les ganglions inguinaux sont extirpés, le microscope démontre qu'il s'agit d'un épithélioma avec infiltration ganglionnaire. Pendant 4 ans pas de récidive. Mais 4 ans et 2 mois après son opération la malade meurt d'une tumeur cérébrale dont l'examen histologique ne fut malheureusement pas pratiqué.

CONCLUSIONS

I. — L'épithélioma de la vulve est une affection rare.

II. — On l'observe en général de 40 à 60 ans.

III. — Il débute le plus ordinairement au niveau des grandes lèvres et de préférence au niveau de la partie interne d'une des grandes lèvres, dans le sillon vertical qui la sépare de face externe de la petite lèvre correspondante. Une variété particulièrement grave est le cancer du pourtour du méat, dit cancer péri-uréthral à cause de la rapidité d'apparition des phénomènes de rétention d'urine, d'infection vésicale et de pyélonéphrite.

IV. — Le pronostic de l'épithélioma de la vulve est grave. Mais enlevé à temps il peut ne pas récidiver pendant de très longues années, peut-être même ne pas réapparaître.

V. — Le traitement consistera toujours dans l'ablation chirurgicale de l'épithélioma, complétée, s'il y a lieu, par une exérèse ganglionnaire.

VI. — Dans les cas inopérables, le curage des fongosités avec cautérisation au fer rouge donnera souvent un soulagement temporaire. On pourra aussi avoir recours dans ces cas à la radiothérapie.

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pozzi. — Traité de gynécologie.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité prédico-chirurgical de gynécologie.

Le dentu et Delbet. — Traité médico-chirurgical de chirurgie.

Doyen. — Technique opératoire.

Cornil et Ranvier. — Histologie pathologique.

Mauclaire (1903). — Evidement lymphatique bilatérale et néoplasique en bloc dans les cancers du pénis et du clitoris.

Dictionnaire Dechambre. Vulve.

Barnsby. — Société anatomique, 1898. Epithélioma du clitoris.

Bex. — Thèse Paris, 1887. Leucoplasie et cancroïde de la muqueuse vulvo-vaginale.

Bisserie. — Presse médicale, 1904. Semaine médicale, 1904. Progrès médical, février 1905.

Bonnin (Mlle). — Tuberculose vulvaire. Thèse Paris, 1904.

Billroth. — Pathologie chirurgicale générale.

Bender et Daniel. — Société anatomique, 1904.

Bernard. — Thèse Paris, 1894. Epithélioma du vagin.

Broca. — Traité des tumeurs.

Chanoz et Reymond. — Lyon médical, 1904.

Deschamps. — Archives de Tocologie.

Dauriac. — Thèse Paris, 1885. Cancer primitif de la région clitoridienne.

Emmet. — Maladies des femmes.

FILEUX. — Tumeurs malignes primitives de la vulve. Thèse Paris, 1902.

FRANKE. — Tumeurs malignes des organes génitaux externes de la femme. Thèse Berlin, 1898.

GOLDSMIDT. — Carcinome de la vulve. Thèse Leipzig, 1903.

GLANTENAY et LARDENNOIS. — Tumeurs du clitoris. Soc. anat., 1898.

GUÉRIN. — Maladies des organes génitaux de la femme.

LE DENTU, RECLUS, MAYER, MONOD. — Rapports de la leucokératose avec l'épithélioma.

LOURADOUR. — Cancer primitif du clitoris. Thèse Bordeaux, 1893.

LAHAYE. — Thèse Paris, 1887. Cancer primitif du vestibule.

MAUREL. — Thèse Paris, 1888. Epithélioma vulvaire.

MORESTIN. — Société anatomique. Déc. 1900.

POLAILLON. — Société anatomique, 1901.

RECLUS. — Gazette hôpitaux, 1888.

RIBERI. — Societi medico chirurgical de Turin, 23 août 1844.

SCHWARZE. — Thèse Berlin, 1893. Sur les résultats des opérations radicales du cancer de la vulve et du vagin.

SCHRŒDER. — Maladies des organes génitaux de la femme.

SASSY. — Tumeurs de la vulve. Thèse Montpellier, 1891.

SYME. — Thèse Melbourne, 1892. Epithélioma de la vulve et du vagin.

SOULLIER. — Thèse Paris, 1889. Cancer primitif du méat urinaire chez la femme.

TAYLOR. — Annales de gynécologie, 1886.

VERNEUIL. — Etude des tumeurs de la peau.

WINCKEL. — Pathologie der Weiblichen sexual organe.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.